

**PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL \_\_\_\_\_ (Ano)**  
**PEDIDO DE PAGAMENTO**  
**MEDIDA 2B – LUTA INTEGRADA CONTRA A VARROOSE - ANÁLISES**

**BENEFICIÁRIO**

Denominação Social					
NIF / NIPC		NIFAP			
Pedido de Pagamento	1º	2º	3º	4º	Data de execução financeira de 20___/___/___ a 20___/___/___

**DESPESAS EFETUADAS EGZC**

N.º de Análises	Tipo de Análises	Laboratórios	Valor da despesa elegível executada	Reservado à Entidade Avaliadora
				Montante da ajuda
<b>Total do Pedido de Pagamento</b>				

**ANEXOS A INTEGRAR NESTE PEDIDO DE PAGAMENTO**

Fatura de Aquisição/Despesas	
Despesas efetivamente executadas, pagas por débito em conta bancária específica, transferência bancária ou cheque e comprovadas pelo respetivo extrato bancário ou mapa de meios de pagamento	
Ultimo Pedido de Pagamento Relatório anual de atividades (alínea b) artigo 40.º da Portaria n.º 286-A/2016 de 9 de novembro	

**DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE**

Declaro ter conhecimento de que qualquer pagamento que venha a ser efetuado, com base na presente candidatura e confirmado com as informações constantes neste formulário, bem como nos formulários das candidaturas das medidas, são verdadeiras, assumindo a responsabilidade de as alterar sempre que for caso disso e que autorizo essa Instituição ou outras entidades com poder para o efeito, a executar as ações necessárias que visem a sua confirmação.

Toma conhecimento de que em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo n.º 113 do Reg. (CE) n.º 1306/2013, do Parlamento Europeu e Conselho de 17 de Dezembro e no Reg. (CE) n.º 259/2008, da Comissão, de 18 de Março, a informação relativa a qualquer pagamento das ajudas e/ou apoios a que se candidata irão ser publicitados no portal do IFAP, I.P.

Declaro ainda ter conhecimento de que qualquer pagamento que venha a ser efetuado, com base na presente candidatura, é feito sob condição de verificação ulterior dos requisitos de elegibilidade do direito à ajuda, nos termos da legislação nacional e comunitária. Todos os pagamentos são efetuados sob reserva de revogação.

**ASSINATURA(S) DO BENEFICIÁRIO / PROCURADOR(ES) / REPRESENTANTE(S) LEGAL(AIS)**

Data	Nome Legível	Assinatura
20___/___/___		
20___/___/___		
20___/___/___		

Representante na Qualidade de:

B. I./C.C. n.º	Data de validade	do Arquivo de Identificação de:
	20___/___/___	
	20___/___/___	
	20___/___/___	